

Avaliação cirúrgica do paciente renal crônico - Revisão de literatura e relato de caso clínico

Surgical Management of Chronic Renal Patients: Literature Review and Clinical Case Report

Jener Gonçalves de Farias ¹
Gleicy Gabriela Vitória Spinola Carneiro ²
Breno de Araújo Batista ³
Laerte Oliveira Barreto Neto ⁴
Leandro Cerqueira Moraes ⁵

Recebido em 04/10/2006
Aprovado em 16/01/2007

RESUMO

A insuficiência renal crônica é caracterizada pela perda irreversível de uma grande parte dos néfrons. Suas causas mais importantes podem ser atribuídas a distúrbios dos vasos sanguíneos dos glomérulos, dos tubérculos, do interstício renal e das vias urinárias inferiores. Os pacientes portadores dessa patologia apresentam alterações que devem ser levadas em consideração durante o atendimento cirúrgico odontológico. Podem apresentar anemia, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, além de alterações funcionais das plaquetas que acabam aumentando o tempo de sangramento. Baseados na literatura pertinente, é relatado um caso clínico cujo objetivo é o de estabelecer uma conduta a ser seguida antes, durante e após o tratamento cirúrgico-odontológico destes pacientes.

Descritores: cirurgia bucal; doença renal crônica; osteodistrofia renal.

ABSTRACT

Chronic renal insufficiency is characterized by the irreversible loss of a great part of nephrons. Its more important causes can be attributed to disturbances of the blood vessels of the glomeruli, tubercles, the renal interstice, and the inferior part of the urinary tract. Patients with this pathology present alterations that must be considered during the oral surgical management. Anemia, hypertension, cardiac congestive heart failure, besides functional alterations of plaques that increase the bleeding time can be present. Based on pertinent literature, the authors report a clinical case with the objective of establishing a behavior to be followed before, during, and after the oral surgical treatment of chronic renal patients.

Descriptors: oral surgery, chronic renal disease, renal osteodystrophy.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença progressiva, caracterizada por uma crescente incapacidade do rim em manter níveis baixos normais

dos produtos do metabolismo das proteínas e valores normais de pressão arterial e hematócrito bem como o equilíbrio do sódio, da água, do potássio e do equilíbrio ácido-base. (GOLDMAN & BENNETT 6)

-
1. Doutor em Estomatologia pela UFPB, Mestre em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pela FOP-UPE e Professor da disciplina de Clínica Odontológica V (Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Traumatologia) da UEFS-BA.
 2. Cirurgiã-dentista, mestranda em Clínica Odontológica pela UFBA.
 3. Cirurgião-dentista, graduado pela UEFS-BA.
 4. Cirurgião-dentista, graduado pela UEFS-BA.
 5. Cirurgião-dentista, graduado pela UEFS-BA

A IRC possui quatro estágios: reserva renal diminuída, insuficiência renal, falha renal e doença renal de estágio final. No estágio de reserva renal, não são observados sinais e sintomas, sendo que a taxa de filtração glomerular (TFG) está em aproximadamente 90%. Na insuficiência renal, surge o quadro de azotemia (aumento da concentração de nitrogênio e uréia na corrente sanguínea), e a TFG está entre 50% a 75%. Na falha renal, o paciente apresenta alguns sinais e sintomas clínicos, como anemia, hiperparatireoidismo secundário e acidose, sendo que a TFG é de aproximadamente 25%. A doença renal de estágio final compreende alterações clínicas e bioquímicas, que são descritas como uremia, e a TFG é de 5% a 10%. (MESQUITA et al 9)

Além disso, a IRC resulta de um progressivo e irreversível dano renal, indicado pela redução da velocidade de filtração glomerular persistente por mais de 4 meses e pela perda irreversível de grande número de néfrons. As causas mais comuns incluem glomerulonefrite e pielonefrite crônicas, anomalias renais congênitas, hipertensão e diabetes. (YASSIN & EZZ 15; MESQUITA et al. 9; GUYTON & HALL 7)

As alterações metabólicas, provenientes da deficiência renal, são geralmente encontradas nos pacientes acometidos, e isso pode interferir no plano de tratamento destes. Tais alterações incluem manifestações bucais da doença, em que é imprescindível um diagnóstico conclusivo do cirurgião-dentista, a fim de que uma conduta terapêutica seja bem sucedida.

O presente trabalho se constitui, portanto, de uma revisão de literatura e relato de um caso clínico com o propósito de estabelecer uma conduta a ser seguida antes, durante e após o tratamento cirúrgico-odontológico dos pacientes renais crônicos.

ASPECTOS CLÍNICOS DA IRC

No início da IRC, os pacientes apresentam-se com anorexia, lassidão e fraqueza. À medida que evolui, o paciente pode queixar-se de prurido, náusea,

vômitos e letargia. Mais tarde, torna-se cada vez mais letárgico, e, por fim, podem ocorrer convulsões e coma. (SONIS, FAZIO & FANG 13)

As manifestações metabólicas podem ocorrer na forma de glicosúria, acidose, aumento da uréia sérica, e distúrbio eletrolítico. Hiperparatireoidismo secundário é uma das muitas complicações dessa doença (YASSIN & EZZ 15). O hormônio paratireoidiano é produzido em resposta a uma diminuição dos níveis séricos de cálcio, situação decorrente da doença renal crônica. Com a persistência da doença, lesões ósseas podem desenvolver-se, tais como o tumor marrom, que apresenta coloração marrom-avermelhada e escura, devido à hemorragia abundante e ao depósito de hemossiderina. (FRANCO et al. 5; TONANI & CARRILHO NETO 14; NEVILLE et al. 10)

A IRC afeta diversos sistemas orgânicos:

- Alterações cardiovasculares: hipertensão (é a forma mais comum e ocorre devido ao acúmulo de líquido corpóreo), insuficiência cardíaca congestiva, pericardite e aterosclerose. (YASSIN & EZZ 15; MESQUITA et al 9).
- Alterações gastrintestinais: náuseas, úlcera péptica, gastroenterite, colite, alterações de paladar e sensação de gosto metálico. (SONIS, FAZIO & FANG 13).
- Alterações dermatológicas: prurido, empaldecimento e hiperpigmentação da pele. (CANZIANI 3; MESQUITA et al. 9)
- Alterações hematológicas: aumento no tempo de sangramento, anemia, petéquias e equimoses. Hematomas podem se formar após uma cirurgia oral ou periodontal, ou até mesmo após a injeção de anestésico local. (SOWELL 12; YASSIN & EZZ 15).
- Alterações neurológicas: perda de memória, encefalopatia, coma, convulsões e óbito (MESQUITA et al. 9)
- Alterações musculoesqueléticas: dores nos ossos, desgaste muscular e osteodistrofia renal. (YASSIN & EZZ 15)

MANIFESTAÇÕES BUCAIS

O mais proeminente sinal bucal encontrado em pacientes que fazem diálise é a palidez da mucosa bucal, um sinal da anemia. As manifestações bucais da IRC antes da puberdade podem afetar dentição, provocando hipoplasia do esmalte, manchas no dente, crescimento mandibular e maxilar alterados, maloclusão e erupção retardada dos dentes.

Por outro lado, se o início da doença surge após a puberdade, as seguintes manifestações dentais podem ocorrer: reabsorção óssea, migração, mobilidade ou até perda do dente. Além disso, higiene dental deficiente e acidose podem facilitar o desenvolvimento de cáries rampantes, erosão, aumento da deposição de cálculo e problemas gengivais. Halitose, gosto metálico, candidíase, xerostomia e estomatite urêmica também podem ocorrer. (YASSIN & EZZ 15; ROSSI & GLICK 11; KLASSEN & KLASKO 8; AL-WAHADNI & AL-OMARI 1; ERTUĐRUL et al 4)

EXAMES LABORATORIAIS E IMAGINOLOGIA

Geralmente os exames laboratoriais apresentam anormalidades. O hemograma revela anemia normocrômica e normocítica resultante da falta de produção de eritropoetina. A determinação dos eletrólitos pode mostrar hipercalemia e acidose secundária. O nível sérico de fosfato está elevado, e o nível sérico de cálcio, diminuído. No coagulograma, o tempo de sangramento apresenta-se prolongado. Nessa patologia, o nitrogênio uréico do sangue (BUN) e os níveis de creatinina sérica estão elevados.

Algumas alterações radiográficas podem ser observadas no paciente com IRC. Mudanças na radiodensidade das maxilas e periodonto podem ser vistas bem como perda parcial ou total da lâmina dura. Desmineralização difusa, diminuição do trabeculado ósseo, aparência de vidro despolido, lesões fibrocísticas radiolúcentes e tumor marrom do hiperparatireoidismo também podem ser vistas. (SOWELL 12; MESQUITA et al. 9).

Radiograficamente, as lesões do tumor mar-

rom são radiotransparentes, bem demarcadas, multiloculares ou uniloculares. Geralmente são múltiplas, mas podem estar presentes de forma única. As lesões de longa duração são capazes de produzir expansão cortical significativa. (NEVILLE et al, 10)

RELATO DO CASO

Paciente 1, 27 anos de idade, gênero feminino, faioderma, apresentando hiperparatireoidismo secundário decorrente de IRC, submetendo-se a tratamento por hemodiálise (figura 1). Foi encaminhada ao Serviço de Diagnóstico e Cirurgia Buco-maxilo-facial da Santa Casa de São Félix – Bahia pelo médico nefrologista, com o objetivo de tratar cirurgicamente uma osteíte fibrosa ou tumor marrom.



Figura 1. Perfil do paciente

Ao exame clínico, observou-se uma lesão tumoral entre os dentes 45 e 46, recoberta por mucosa não totalmente íntegra (rompida pela mastigação) e medindo aproximadamente 4 x 2 cm em sua maior extensão (figura 2). Os seguintes exames complementares foram solicitados: radiografia panorâmica e oclusal, hemograma, coagulograma, níveis séricos de uréia, creatinina e fosfatase alcalina.



Figura 2. Aspecto clínico inicial da lesão

Foram encontradas as seguintes alterações nos exames complementares: diminuição nos valores do hematócrito, hemoglobina, hemácias, hemoglobina corpuscular média e valores aumentados de uréia, creatinina e fosfatase alcalina. A radiografia panorâmica apresentou imagem radiolúcida sugestiva de perda da lâmina dura, radioluscências difusas (osteodistrofia renal) e imagem radiopaca na região de mandíbula, sugerindo calcificação em tecidos moles e/ou vasos e margens mal definidas. (figura 3)



Figura 3. Radiografia panorâmica pré-operatória. Notar a presença de imagem radiolúcida entre as unidades 45 e 46.

O tratamento indicado envolveu a remoção cirúrgica completa da lesão, utilizando-se o anestésico lidocaína a 2% com fenilefrina, sendo esta enviada para exame histopatológico com finalidade de elucidação do diagnóstico (figuras 4, 5 e 6). Não hou-

ve hemorragia ou nenhuma intercorrência digna de nota durante a cirurgia, prescrevendo-se no pós-operatório Dipirona sódica 500mg (via oral), 1 comprimido em 8/8 horas, durante três dias.

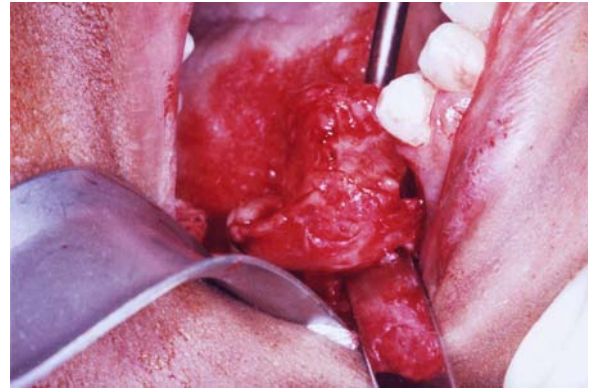


Figura 4. Remoção cirúrgica da lesão



Figura 5. Dimensões da lesão

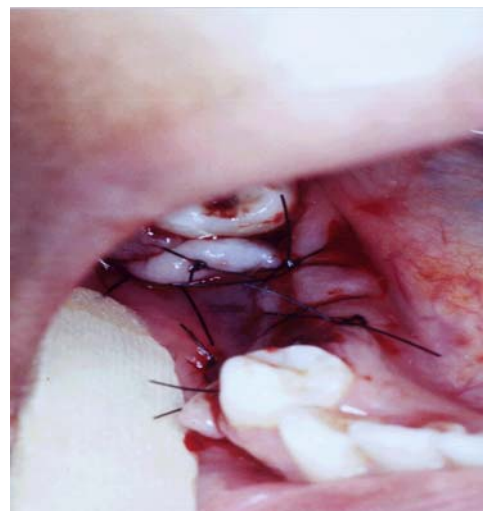


Figura 6. Sutura pós-operatória

Os cortes histológicos examinados revelaram um estroma fibroblástico altamente celularizado, caracterizado pela intensa proliferação de fibroblastos

fusiformes, além de células gigantes multinucleadas distribuídas irregularmente pelo espécime e presença de calcificação distrófica. Diagnóstico: Lesão Central de Células Gigantes.

DISCUSSÃO

Para o tratamento de qualquer paciente com IRC, uma série de exames pré-operatórios devem ser solicitados, pois, através destes, é possível avaliar aspectos sistêmicos relevantes ao procedimento cirúrgico e, assim, permitir uma melhor elaboração do plano de tratamento pelo profissional.

Com relação aos exames pré-operatórios solicitados, foram encontrados valores do hematócrito, hemoglobina, hemácias e HCM (hemoglobina corpuscular média) abaixo do padrão, indicando anemia. As dosagens de fosfatase alcalina, creatinina e uréia apresentaram-se acima dos valores de referência. (GOLDMAN & BENNETT 6)

A solicitação de uma bateria de exames, para investigar a presença de hiperparatireoidismo secundário nos pacientes com IRC, faz parte do protocolo de tratamento. Dentre os exames que devem ser solicitados, está incluída a dosagem de creatinina e fosfatase alcalina. Radiograficamente foi possível observar o apagamento das corticais ósseas, perda do trabeculado e aspecto de vidro despolido.

A cirurgia foi executada em ambiente hospitalar, levando-se em consideração o quadro clínico da paciente. Foi feita a profilaxia bacteriana, como recomendado pela AHA (American Heart Association). Utilizaram-se 2g de ampicilina (via oral) 1 hora antes do procedimento, e o anestésico de escolha foi a lidocaína a 2% com fenilefrina, devido ao seu menor efeito tóxico. (ANDRADE 2)

No pós-operatório, foram evitados antiinflamatórios não-esteróides e drogas que possuíssem ácido acetilsalicílico devido aos seus efeitos antiplaquetários que poderiam causar hemorragia. Portanto, o analgésico de escolha foi a dipirona 500mg. A lesão central de células gigantes é uma patologia

benigna histologicamente idêntica ao tumor marron do hiperparatireoidismo, sendo importante à observação dos exames para determinação do diagnóstico definitivo (FRANCO et al. 5; NEVILLE et al. 10). No caso clínico referido, a identificação da lesão associada aos achados laboratoriais (presença de hiperparatireoidismo) descarta a existência de lesão central de células gigantes, caracterizando, dessa forma, a presença do tumor marrom.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A IRC é uma doença sistêmica com manifestações bucais importantes. Portanto o cirurgião-dentista precisa estar atento e atualizado sobre esse assunto.
- O tratamento odontológico desse paciente precisa ser realizado de forma multidisciplinar com uma intensa comunicação entre o médico nefrologista e o CD.
- O manejo do paciente com IRC deve seguir um protocolo que estabeleça um plano de tratamento adequado, sendo este elaborado de acordo com sua condição sistêmica.

REFERÊNCIAS

- AL-WAHADNI, Ahd; AL-OMARI, Mohammed AMIN. Dental diseases in a Jordanian population on renal dialysis. **Quintessence International**, v.34, n.5, p.343-347, 2003.
- ANDRADE, Eduardo Dias. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1998.
- CANZIANI, Maria Eugênia F. Complicações da anemia na insuficiência renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.22, p.13-14, 2000.
- ERTUĐRUL, Fahinur *et al.* The oral health status of children undergoing hemodialysis treatment. **The Turkish Journal of Pediatrics**, v. 45, n.2, p. 108-113, 2003.

FRANCO, Rosemeire de Lordo *et al.* Granuloma De Células Gigantes Central: Revisão De Literatura. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.2, n.2, p.10-16, 2003.

GOLDMAN, M. D.; BENNET, M. D. **Tratado de Medicina Interna**. 21ª edição. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GUYTON, A. C.; HALL, John, E. **Tratado de Fisiologia Médica**, 10ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

KLASSEN, Judith T.; KRASKO, Brenda M. The Dental Health Status of Dialysis Patients. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 88, n.1, p.34-38, 2002.

MESQUITA, Ricardo Alves *et al.* Considerações odontológicas no atendimento ambulatorial de pacientes com insuficiência renal crônica. **RPG Rev. Pós Graduação**, v.7, n.4, p.369-375, 2000.

NEVILLE, Brad W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

ROSSI, Scott; GLICK, Michael. Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. **JADA**, v.127, p.211-219, 1996.

SOWELL, Sydney. Dental care for patients with renal failure and renal transplants. **JADA**, v.104, p.171-177, 1982.

SONIS, Stephen T.; FAZIO, Robert C.; FANG, Leslie. **Princípios e prática de medicina oral**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Guanabara, 1996.

TONANI, Pedro Carlos Ferreira; CARRILO NETO, Antônio. **Exames complementares laboratoriais de interesse para o cirurgião-dentista**. 1ª edição. Curitiba: Editora Maio, 2001.

YASSIN, S; EZZ, M. Surgical management of patients receiving haemodialysis for chronic renal failure. **Egyptian Dental Journal**, v.41, p. 1423-1427, 1995.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jener Gonçalves de Farias
Rua Paraíba 206, Edf. Vista Bela, Apto 201
Pituba - Salvador / BA
CEP: 41830-290
Fone: (71) 3240 0890 / (71) 9138 6668
E-mail: jenerf@uol.com.br